O OPATRYWANIU SZYPUŁY GUZÓW BRZUSZNYCH, WYCHODZĄCYCH Z CZĘŚCI RODNYCH KOBIECYCH.

PODAŁ

DR ALEKSANDER ROSNER

DOCENT UNIWERSYTETU JAGIELL., PROFESOR SZKOŁY POŁOŻNYCH.

W KRAKOWIE.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego

1901.

O OPATRYWANIU SZYPUŁY GUZÓW BRZUSZNYCH, WYCHODZĄCYCH Z CZĘŚCI RODNYCH KOBIECYCH.

PODAŁ

DR ALEKSANDER ROSNER

DOCENT UNIWERSYTETU JAGIELL., PROFESOR SZKOŁY POŁOŻNYCH.

W KRAKOWIE.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego

1901.

NAKŁADEM AUTORA.
Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“.

Na VII-mym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1895 poruszyłem sprawę zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych ginekologicznych, a mianowicie jajnikowych, trąbkowych i macicznych [1]). Uczyniłem to dlatego, że 1° używany powszechnie sposób podwiązywania szypuł *en masse* jedną lub kilku podwiązkami wydawał mi się niechirurgicznym, nie zasługującym z teoretycznego stanowiska na uznanie, a 2° że, zestawiając wyniki po operacyach guzów brzusznych, wyniki, dotyczące stanu zdrowia pacyentek w kilka tygodni po zabiegu, doszedłem do przekonania, że pozostawiają one wiele do życzenia. Który z tych dwóch względów jest ważniejszy, nie będę się spierał. Biorąc rzecz ze stanowiska teoretycznego, akademickiego, musimy wymagać od chirurga, ażeby umiał wytłómaczyć i usprawiedliwić potrzebę wszystkiego, co podczas zabiegu przedsiębierze; a wszystko to powinno zdążać do jednego celu, t. j. do osiągnięcia dobrego wyniku chwilowego i ochronienia chorej od jakichkolwiek powikłań po operacyi. Czasem (nie chcę temu przeczyć) akademickie, zupełnie zresztą słuszne stanowisko, nie da się pogodzić ze względami praktycznymi i wówczas powstają spory, tworzą się obozy operatorów, z których każdy ze swojego punktu widzenia ma zupełną racyę. Taki spór toczył się przed kilkunastu laty, kiedy w myomotomii zaczęła sobie zdobywać prawo obywatelstwa metoda śródotrzewnowa (intraperito-

[1]) Rosner: W sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych. (Pamiętnik VII Zjazdu chirurgów polskich. Kraków, 1896).

nealna), broniona z początku wywodami teoretyczno-chirurgicznymi przeciw metodzie zaotrzewnowej (extraperitonealnej), powołującej się na liczby wyleczeń. Walka ta trwałaby zapewne dłużej, gdyby całkowite wyjęcie macicy przez pochwę, lub przez jamę brzuszną, nie było usunęło wraz z kikutem troski o jego zaopatrzenie.

A teraz zadajmy sobie pytanie, czy zwykły, powszechnie używany sposób podwiązywania szypuł guzów kobiecych *en masse* z tego lub owego stanowiska da się usprawiedliwić. Że jest powszechnie używany, z nielicznymi chyba wyjątkami, tego dowodzi piśmienictwo, a mianowicie podręczniki nawet najnowsze, które opisują dokładnie tylko ten jeden sposób, wspominając zaledwie pobieżnie o innych. Hegar[2]) w ostatniem wydaniu swojego dzieła o operacyach ginekologicznych wspomina tylko dla interesu historycznego o różnych polecanych metodach, dodając, że tylko podwiązywanie *en masse* szypuły zdołało się utrzymać i jest obecnie wszędzie w użyciu. Pfannenstiel w podręczniku Veita[3]) wspomina też mimochodem o tem, że niektórzy operatorowie podwiązują poszczególne naczynia kikuta i przytacza między innemi nazwiska Pozziego, Napiera i Albana Dorana. Czyni to takie wrażenie, jak gdyby wspomniani autorowie porzucili byli podwiązywanie szypuły *en masse*. Tymczasem Pozzi[4]) w podręczniku swoim, a Napier[5]) w osobnym artykule, opisując dokładnie bieg operacyi, zalecają podwiązywanie szypuły w całości kilku podwiązkami, a tylko dodatkowo zamykają i podwiązują światła naczyń po przecięciu szypuły na przekroju widzialnych. Alban Doran, którego pracy znaleźć nie mogłem, był tak uprzejmy, że w liście z d. 30 września b. r. odpowiadając na odnośne pytanie, opisuje i ilustruje swój sposób

---

[2]) Hegar u. Kaltenbach: Operative Gynaekologie, 1897, p. 357.

[3]) Veit: Handbuch der Gynaekologie. 1898, III. 1 str. 469.

[4]) Pozzi: Traité de Gynécologie. 1892, str. 782.

[5]) Napier: Modern Ovariotomy. British gynaec. Journal, 1898 p. 88.

operowania. Podwiązuje on w sposób nieco odmienny szypułę, w każdym razie jednak *en masse*, a tylko w niektórych przypadkach, jeśli tętnice na przekroju szypuły są grube, podwiązuje je cienkim jedwabiem. Wynika z tego, że autorowie, przytoczeni przez Pfannenstiela, zabezpieczają się wprawdzie przez podwiązanie poszczególnych naczyń przed krwawieniem, nie mniej jednak hołdują ogólnej zasadzie podwiązywania szypuły, i nie stanowią wyjątku. Zweifel[6]) w swoich wykładach klinicznych zaleca i opisuje tylko jeden powszechnie używany sposób hurtownego podwiązywania szypuły. Również Baldy[7]) w podręczniku, na który złożyło się dziesięciu ginekologów amerykańskich, nie wspomina ani słowem o innym sposobie. Hofmeier[8]) w podręczniku swoim zaleca tylko podwiązywanie hurtowne szypuły, a dla bezpieczeńswa radzi nadto podwiązywać światła przeciętych naczyń, a Bylicki[9]) w swojej ginekologii również tę tylko metodę dokładnie opisuje. Schröder[10]) wspomina oprócz o powszechnie używanej metodzie podwiązywania *en masse*, jeszcze o sposobie Keitha, polegającym na zwęgleniu szypuły; zaleca jednak tylko metodę podwiązkową, choć wyraźnie podnosi i słusznie ocenia jej wady. Spencer Wells[11]) w wykładach o operacyach brzusznych rozważa jeszcze zalety i wady metody zaotrzewnowej (ekstraperitonealnej) w porównaniu z tą, która dziś niepodzielnie panuje; mówiąc zaś o opatrywaniu szypuły przed jej zapuszczeniem do jamy brzusznej, wspomina tylko o hurtownem jej podwiązaniu, względnie zwęgleniu sposobem Keitha

[6]) Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynaekologie, 1892, str. 78.

[7]) Baldy: An american text-book of Gynecology, 1894, str. 602.

[8]) Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen, 1892, str. 358.

[9]) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych, 1894, str. 547.

[10]) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weib. Gesch. 1886, str. 426.

[11]) Spencer Wells: Diagnose u. chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschw. 1878, str. 58.

i gwałtownem skręceniu szypuły Mac Leoda. Martin[12]) opisuje dokładnie tylko podwiązywanie *en masse*, którego używa, wspominając pobieżnie o innych sposobach opatrywania szypuły, między innymi o podwiązywaniu poszczególnych naczyń. W ten sposób mają operować Doran[13]), Napier[14]) i Pozzi[15]). Że tak nie jest, że owszem autorowie ci nie zarzucili podwiązywania szypuły *en masse*, wspomniałem wyżej. Schauta[16]) radzi podwiązywać szypułę *en masse* a dla zapewnienia się przed krwotokiem zamykać nadto światła naczyń na przekroju szypuły. O innych sposobach nie wspomina wcale.

To, co przytoczyłem, wystarczy, ażeby stwierdzić, że metoda podwiązywania szypuły *en masse* kilku podwiązkami jest powszechnie używana i że wszelkie inne sposoby są tu i ówdzie wspominane, bynajmniej nie jako równorzędne i równowartościowe, tylko raczej jako osobiste zapatrywania tego lub owego autora, zasługujące na notatkę „drobnym drukiem“ w obszernym, uwzględniającym piśmiennictwo podręczniku. Powtórzmy pytanie, czy to niepodzielne prawie panowanie jednej metody operacyjnej ma swoje źródło w jej zaletach i da się wytłómaczyć ze stanowiska praktycznego chirurga, mającego na oku jedynie dobry wynik operacyjny, lub ze stanowiska teoretycznego, akademickiego? Sądzę, że nie. Powoływanie się na dobre chwilowe wyniki jest nieszczere i niesłuszne. Wszyscy wiemy, że jest to zasługą nie tej lub owej metody opatrywania szypuły, tylko dobrego zastosowania aseptyki, której rozwój przypadł właśnie na czas używania tego sposobu operacyjnego. Zresztą i z punktu widzenia chwilowych wyników możemy sposobowi temu zrobić poważny zarzut: nie zabezpiecza on należycie przed krwawie-

---

[12]) Martin: Krankheiten der Eierstöcke... 1899, str. 793.

[13]) Doran: l. c.

[14]) Napier: l. c.

[15]) Pozzi: l. c.

[16]) Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896, p. 1139.

niem. Krwawienie to powstać może w rozmaity sposób, albo przez to, że podwiązka z pewnej części szypuły zsunie się, albo przez to, że naczynie tętnicze mocą swojej sprężystości cofnie się poniżej linii podwiązek, w głąb szerokiego wiązadła, albo wreszcie dlatego, że operator przekłół igłą Dechampea splot żylny, lub rozdarł go, naciągając szypułę do góry. W pierwszym przypadku powstanie krwotok do wolnej jamy brzusznej, w drugim w tkankę łączną więzu szerokiego *(haematoma ligamenti lati)*, w trzecim powstać może jedno i drugie.

W piśmiennictwie znajdujemy tych przypadków pod dostatkiem. Freeman[17]) zmuszony był wkrótce po owaryotomii otworzyć powtórnie brzuch z powodu objawów ostrej niedokrewności; znalazł krwawienie z rozdartego splotu wicinowatego *(plexus pampiniformis)* i szczęśliwie zdołał ocalić gasnące już życie pacyentki. Hauks[18]) przytacza sześć przypadków, dwa swoje i cztery obce, z których cztery skończyły się śmiercią z ostrej niedokrewności, a zaledwie dwa zdołano uratować. Przyczyną krwawienia było zesunięcie się podwiązki. Krasowski[19]) stracił z 21 operowanych 3 chore, z tego dwie z powodu skrwawienia się z naczynia, rozdartego tępą igłą Dechampea. Lawson Tait[20]), mówiąc o krwiakach w tkance łącznej wiezu szerokiego, podaje jako częstą ich przyczynę poprzedzający zabieg operacyjny i pisze: „nie jestem w stanie powiedzieć dokładnie, ile takich pooperacyjnych krwiaków widziałem, napewne jednak nie mniej jak 50, a prawdopodobnie 70 lub 80". Nie wyda nam się to przesadzonem, jeżeli uwzględnimy olbrzymie liczby owaryotomij, dokonanych przez Taita.

---

[17]) Freeman: Lancet, 1887 I p. 1129—1131 (Frommel: Jahresbericht I, 1887).

[18]) Hauks: Amer. Journ. of. Obst. 1892, XLII p. 398 (Frommel Jahresbericht VI, 1892).

[19]) Krasowski: Frommel Jahresbericht VI, 1892, p. 686.

[20]) Lawson Tait: Diseases of women. 1889, p. 486.

Penrose[21]) uważa krwawienie, zwłaszcza do tkanki łącznej więzu szerokiego, za zdarzenie częste po owaryotomii. Święcicki[22]) wspomina również o tych krwawieniach i przytacza przypadki Zielewicza i innych. Naturalnie możnaby znaleźć tych przypadków znacznie więcej; nie trzeba jednak zapominać, że większość ich nie została wcale ogłoszoną, zwłaszcza jeśli krwawienie skończyło się śmiercią. Te przypadki krwawień pooperacyjnych muszą iść na karb metody podwiązywania szypuły i usprawiedliwiają, choćby ich nawet było niewiele, troskę o metodę pewniejszą. Nietrudno zrozumieć, dlaczego podwiązywanie *en masse* usposabia do krwawienia. Przecięta szypuła guzów jajnikowych i trąbkowych miewa najczęściej kształt ściętego stożka, szerokiego u podstawy, a wązkiego w miejscu przekroju. Podstawa odpowiada całej szerokości więzu od macicy do ściany miednicy (*ligam. infundibulo-pelvicum*). Wobec tego podwiązki muszą mieć skłonność do zesuwania się ku miejscu przekroju, jako najwęższemu. Zrozumieli to ci operatorowie, którzy radzą przed założeniem podwiązek ścisnąć mocno szypułę kleszczykami i założyć podwiązki w rowek, przez tę manipulacyę powstały. Spaść mogą naturalnie tylko dwie podwiązki skrajne, leżące na wolnych brzegach szypuły — zewnętrznym i wewnętrznym. W przypadkach, w których szypuła jest wązka, są to jedyne podwiązki, które się wogóle zakłada; w każdym razie, choćby się nawet założyło kilkanaście podwiązek, te dwie skrajne są najważniejsze, jeśli nie jedynie ważne, one bowiem zamykają wielkie pnie tętnicze i sploty żylne. Jeszcze łatwiej, niż krwotok do wolnej jamy brzusznej, wytłómaczyć można krwawienie do tkanki łącznej więzu szerokiego, które Lawson Tait tak często spostrzegał. Jeśli szypuła jajnikowa lub trąbkowa nie jest bardzo długa, to guz, który mamy wyciąć, podnosimy mniej lub więcej silnie ku górze

---

[21]) Penrose. The American Journ. of obstetrics N. Y. August, 1895. Frommel IX.

[22]) Święcicki: *Nowiny lekarskie*. 1891, Nr. 6, str. 269.

poza przecięte powłoki i w ten sposób uprzystępniamy sobie szypułę. Tę naciągniętą szypułę podwiązujemy i przecinamy. Rozumie się, że naczynia tętnicze wyciągnięte okazują skłonność do kurczenia się, do cofania się wgłąb więzadła, z chwilą, w której je przetniemy. Silne związanie *en masse* w pewnej odległości od miejsca przecięcia może przeszkodzić cofnięciu się naczynia poza linię podwiązek i najczęściej też wystarcza do zabezpieczenia od krwotoku. W innych przypadkach, w których sprężystość naczyn jest wielka, a wyciągnięcie szypuły znaczne, może jedno lub drugie naczynie tętnicze, jeszcze przedtem, nim zdołamy zamknąć jamę brzuszną, cofnąć się poza podwiązkę i wtedy w oczach naszych wytwarza się krwiak. Jeśli na takie wycofanie się poniżej podwiązek potrzeba było więcej czasu, krwiak może się zacząć tworzyć dopiero po operacyi. Niemiłe to zdarzenie pociągnąć może za sobą niedokrewność i opóźnić ostateczne wyleczenie.

Drugiem, groźnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego po laparotomii jest niedrożność przewodu pokarmowego, *ileus*. Jest ono niewątpliwie częstszem, niż to powszechnie przyjmujemy i wystąpić może nietylko w pierwszych tygodniach po zabiegu, ale także i po kilku latach.

Abel[23]) zadał sobie pracę dowiedzenia się o losie 665 osób operowanych i przekonał się, że 9 z nich zmarło z niedrożności przewodu pokarmowego. Do tych samych mniej więcej wynikań doszedł Martin[24]), śledząc los swoich 400 operowanych pacyentek, podobnie jak Spencer Wells[25]), który podaje, że z 1000 osób, które przebyły owaryotomię, zmarło 11 z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Nie chcę bynajmniej twierdzić, że podwiązywanie szypuły, tak jak się je powszechnie wykonywa, było jedyną przyczyną tych nieszczęśliwych przypadków. Przyczyny były różne, przeważnie jednak niedrożność stała w związku ze zrostami jelit, bądź to pomiędzy sobą, bądź też z otoczeniem.

---

[23]) Abel cyt. według Martina l. c. p. 896.

[24]) Martin l. c.

[25]) cyt. według Hirscha Arch. f. Gynaek. t. 32 str. 249.

Wszyscy autorowie, którzy zastanawiali się nad przyczyną tego stosunkowo częstego pojawiania się niedrożności po owaryotomiach, wymieniają zrosty jelit z kikutem szypuły, jako zdarzenie bynajmniej nie rzadkie. Najsilniej zaznacza to Olshausen[26]) w swojem dziele o chorobach jajnika. Zdaniem jego najczęstsza przyczyną niedrożności po owaryotomii jest właśnie taki zrost jelita z kikutem szypuły; uważa on to za rzecz tak dalece pewną, że radzi operując w przypadkach tych, nie szukać długo w jamie brzusznej, tylko zwrócić się wprost do szypuły w nadziei, że tam a nie gdzieindziej jest siedziba niedrożności jelita. Hirsch[27]) zestawia 14 przypadków niedrożności po owaryotomii i wspomina również o zrostach kiszki ze szypułą, jako przyczynie tego powikłania. Mówiąc o zapobieganiu tym zrostom przytacza zdanie Schultzego i Elischera, którzy radzili ranę, na przekroju szypuły powstałą, zeszywać. W ogóle z przypadków dokładnie opisanych widać, że jelita mają skłonność do silnego przyrastania do takiego miejsca w jamie brzusznej, które jest pozbawione otrzewnej, które jednem słowem przedstawia ranę. Dlatego stosunkowo często przyrastają jelita, prócz do przekroju szypuły, do rany brzusznej do miejsc powstałych po przerwaniu zrostów. Słusznie więc twierdzi Nieberding[28]), że takie rany w jamie brzusznej są niebezpieczne i stanowić mogą punkt wyjścia dla niedrożności przewodu pokarmowego. Jak dalece sprawa zrostów otrzewnowych pooperacyjnych i okluzyi jelit zajmowała operatorów, dowodzi dwukrotna wyczerpująca rozprawa na Zja-

[26]) Olshausen: Krankheiten der Ovarien 1886 str. 368 »Wird zeitig operirt so muss, sollte man erwarten, gerade der nach Ovariotomien auftretende Ileus günstige Chancen für die chirurgische Behandlung bieten, weil die Wahrscheinlichkeit immer für eine Betheiligung des Stiels beim Zustandekommen der Darmocclusion spricht, der Operatur also von vornherein weiss, an welcher Stelle er die Stenose zu suchen hat.«

[27]) Hirsch: Die Darmocclusion nach Ovariotomie. Arch. für Gynaek. t. 32, str. 247.

[28]) Nieberding: Centralblatt f. Gynaek. 1888, p. 183.

zdach ginekologów niemieckich w latach 1886 i 1895. Ze wszystkich mowców najbardziej stanowczo wskazuje Olshausen[29]) na kikut szypuły, jako najczęstsze miejsce zrostów jelitowych, mówiąc: „wszelkie niepokojące objawy, powstałe przez zrosty po laparotomiach odnosiły się zawsze do zrostu kiszek ze szypułą,“ a w innem miejscu: „we wszystkich przypadkach *ileus*, które widziałem, chodziło zawsze o zrosty kiszek z raną szypuły...“ Wynika ztąd zdaniem Olshausena, że w każdym przypadku, w którym kikut szypuły przedstawia ranę, należałoby postępować według Thorntona, który przytwierdzał kikut powierzchnią ranną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem *(excavatio vesico-uterina)* „Das würde aber doch zu weit gegangen sein“ dodaje Olshausen. Bądź co bądź jednak metoda powszechnie używana podwiązywania *en masse* stanowczo za mało troszczy się o ranę, powstałą na przekroju szypuły. Niektórzy tylko autorowie radzą pokrywać ją otrzewną, co z pewnością po założeniu podwiązek *en masse* nie może być rzeczą łatwą, zwłaszcza przy szypułach grubych, mięsistych. Że tak jest rzeczywiście, dowodzi dosłownie przytoczone zdanie Küstnera[30]), który opisuje w ten sposób postępowanie Schultzego: „Zaszywa on brzegi otrzewnowe rany szypuły jajnikowej szwem katgutowym ciągłym o tyle, o ile to jest możliwem po podwiązaniu *en masse* szypuły.“

Ograniczam się do tych uwag i tych przytoczeń z piśmiennictwa, gdyż wystarczają one zupełnie do uzasadnienia zarzutu, że klasyczna i powszechnie używana metoda opatrywania szypuły ułatwia powstanie niedrożności przewodu pokarmowego. Wyraźnie raz jeszcze zaznaczam, że odnosi

---

[29]) Olshausen: Verhandl. der deut. Gesell. f. Gyn. 1886, p. 16.

[30]) Küstner: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886 p. 22 „Er vernäht die peritonealen Ränder derselben (der Amputationswunde der Ovarialstiele) mit fortlaufender Katgutnaht so gut, wie das eben bei geschnürten Ovarialstielen möglich ist.“

się to tylko do niektórych przypadków *ileus*, gdyż nieszczęśliwe to powikłanie może powstać i bez udziału szypuły. W każdym razie staraniem naszem powinno być zmniejszenie, o ile to się da, prawdopodobieństwa pojawienia się niedrożności kiszek i z tego punktu widzenia czysto praktycznego nie możemy również usprawiedliwić sławy i uznania, jakiemi się cieszy jedyna dziś prawie metoda opatrywania szypuły.

Poza temi dwoma najsmutniejszemi zdarzeniami, jakie mogą sprowadzić ciężkie schorzenie lub śmierć chorych wcześniej lub później po operacyi, t. j. krwotokiem i niedrożnością, są inne powikłania, niestety jeszcze częstsze i jeszcze groźniejsze, jak ostre zakażenie otrzewnej, które nie stoją w żadnym związku ze sprawą opatrywania szypuły i o których też nie chcę wspominać. Jeśli się jednak starannie bada chore po operacyach brzusznych przed wypuszczeniem z łóżka, zauważyć można, że u niektórych nawet pozornie prawidłowo do zdrowia powracających pacyentek, wytwarzają się w miejscu szypuły opory mniejsze lub większe, mniej lub więcej bolesne, które obejmujemy wspólnem mianem „wypocin kikutowych“ *(Stumpfexsudate)*. Opory te pochodzić mogą z różnych przyczyn. Najczęstszą będzie zapewne ta, którą Schauta[31]) uważa za jedyną, to jest zrosty jelit i sieci ze szypułą. Czynią one przy oburęcznem badaniu wrażenie mniej lub więcej rozlanego, bolesnego oporu. Podobnie przedstawiać się jednak mogą i krwiaki szypuły, które Lawson Tait tak często widywał, a które i zdaniem Martina[32]) określane bywają wspólnem dla różnych powikłań mianem wypocin kikutowych. Nie wspominam tu umyślnie o prawdziwych zapalnych wypocinach, które bywają następstwem zakażenia, choć nie wątpię, że podwiązywanie szypuły *en masse*, pozbawiając kawałka kikuta odżywienia, a więc i energii obronnej, żywym i zdro-

---

[31]) Schauta: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1895, str. 568.

[32]) Martin l. c.

wym tkankom właściwej, stwarza dobre warunki dla rozwoju drobnoustrojów, a więc ułatwia miejscowe zakażenie.

Wypociny kikutowe mogą mieć rozmaite znaczenie dla ustroju i mogą trwać rozmaicie długo. Czasami są bardzo niewinnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego; w innych przypadkach wywołują uporczywe bóle, które nie pozwalają nieszczęśliwej kobiecie dojść do zupełnego zdrowia; czasami sprowadzają różne mniej lub więcej ciężkie objawy ze strony przewodu pokarmowego, a nawet jego zupełną niedrożność trwać mogą, jak twierdzi Martin, lata całe po operacyi.

Zachodzi pytanie, czy i o ile metoda powszechnie w użyciu będąca przyczynia się do powstawania tych wypocin. Już *a priori* przypuścić musimy, że podwiązywanie *en masse* nie może tu być bez winy. W powyższym wywodzie starałem się wykazać, że tak krwawienia, a mianowicie krwiaki szypuły, jak i zrosty, są częstem następstwem tej metody; a ponieważ to, co obejmujemy nazwą wypocin kikutowych, jest klinicznym obrazem tych właśnie zrostów i tych krwiaków, przeto logicznie wolno stwierdzić, że podwiązywanie szypuły *en masse* przyczynia się do powstawania tych wypocin. Lepiej jednak, niż wszelkie wywody przemówić i przekonać mogą liczby, której poniżej przytoczę. Wykażą one ponad wszelką wątpliwość, że wypociny kikutowe nie są bynajmniej rzadkie po operacyach ginekologicznych i że stoją bez wątpienia w związku z hurtownem podwiązywaniem szypuły. A jeśli tak jest, czy może być wątpliwem stanowisko wobec tej metody chirurga, patrzącego na rzecz z punktu widzenia czysto praktycznego. Więc skutkiem i wyłącznie skutkiem tej metody może wystąpić krwotok pooperacyjny, czasem śmiertelny, a zawsze niemiły, więc skutkiem tej metody może przyjść do zrostów, które wprawdzie czasem niczem sie nie zdradzą, innym razem jednak wywołają ciężką chorobę lub śmierć; więc skutkiem tej metody rozwinąć się może wypocina kikutowa, czasem nieszkodliwa, ale u innych chorych dolegliwa, a nawet niebezpieczna — i ta metoda ma być stósowana z dogmatyczną ścisłością, ma wszechwładnie

panować w naszej technice operacyjnej! Mam to przekonanie, że nie przyszło jeszcze do obrachunku z tą metodą i że utrzymuje się ona sztucznie, dzięki tradycyi i temu szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, że weszła w użycie prawie równocześnie z antyseptyką, przez co przywłaszczyła sobie część tej chwały i tych zasług, które wyłącznie należały się tej ostatniej.

Jeśli teraz zmienimy punkt widzenia i zapytamy się, czy ze stanowiska teoretycznego, powiedzmy ze stanowiska ogólnej chirurgii, da się usprawiedliwić używanie i królowanie tej metody, odpowiedź brzmieć będzie, zdaniem mojem, tak samo przecząco. Podwiązywanie *en masse* szypuły porównać można z okłóciem krwawiącego miejsca; w jednym i w drugim przypadku omijamy podwiązywanie poszczególnych, krwawiących naczyń. Ogólna chirurgia uczy nas tymczasem, że okłówać należy wtedy, kiedy podwiązanie krwawiącego naczynia wykonać się nie da. Powołać się w tym względzie mogę na powagę Billrotha [33]), który w niezrównanym swoim podręczniku mówi: „Okłócie może być uważane tylko za wyjątkowy sposób tamowania krwotoku“ i na powagę Langenbecka, który wzdrygał się przed zakładaniem podwiązek *en masse* na szypuły brzuszne i już w r. 1851 radził każde przecięte naczynie podwiązywać osobno. Olshausen [34]), omawiając tę propozycyę Langenbecka, pisze: „Nie da się zaprzeczyć, że podwiązanie w szypule każdego naczynia z osobna, bez użycia podwiązek *en masse*, musi się wydać umysłowi chirurgicznemu sposobem najracyonalniejszym“. Przytaczam umyślnie te trzy wielkie nazwiska, ażeby módz śmiało wypowiedzieć zdanie, że podwiązywanie szypuł *en masse* nie jest sposobem chirurgicznie racyonalnym.

---

[33]) Billroth i Winiwarter. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, 1887, str. 35.

[34]) Olshausen: l. c.

Spotykałem się kilkakrotnie z zarzutem w formie twierdzenia, że okłócie jest równie chirurgicznym sposobem tamowania krwawienia, jak podwiązywanie poszczególnych naczyń. Nie wątpię, że tak jest; sądzę jednak, że chirurg, któryby z zasady wszędzie tylko okłócia używał, nawet tam, gdzieby mógł bez trudności podwiązać samo naczynie i któryby nigdy i nigdzie nie próbował podwiązywać świateł przeciętych naczyń, — byłby marnym chirurgiem. Ucięcie guza jajnikowego, trąbki, lub trzonu macicy jest tylko amputacyą. Czy chirurg amputuje w ten sposób kończyny, jak ginekolog guz jajnikowy? Musiałby wtedy w kilkunastu częściach podwiązać *en masse* kończynę, uciąć ją i tem zakończyć operacyę.

Pozostawienie w jamie brzusznej rannej powierzchni, nie pokrytej otrzewną, musi być również uważane za postępowanie chirurgicznie nieracyonalne. Tak jak na powierzchni ciała każda ranaskórna powinna być zaszyta, jeśli temu nie sprzeciwiają się pewne specyalne warunki, nad którymi nie tu miejsce rozwodzić się, tak w jamie brzusznej każda rana otrzewnowa powinna być spojona. Powyżej starałem się dowieść, że takie niezespojone rany w jamie brzusznej są szkodliwe i niebezpieczne.

Wynika z tego, co wyżej powiedziałem, że sposobowi, będącemu w rozbracie z zasadami ogólnej chirurgii i niepewnemu ze względu na wynik chwilowy i późniejszy, należy przeciwstawić metodę, któraby, o ile to możliwe, zabezpieczała chorą przed powikłaniami pooperacyjnemi i zostawała w zgodzie z zasadami, przestrzeganemi w chirurgii. Usiłowań w tym kierunku nie brakło. Oprócz Langenbecka, który podwiązywał każde naczynie z osobna i wszywał tak opatrzoną szypułę w ranę powłok brzusznych, postępowało w podobny sposób kilku operatorów amerykańskich, a mianowicie Miner, który przed przecięciem szypuły zakładał tymczasowe podwiązki *en masse*, Penrose [35]), który podwiązywał tylko

[35]) Penrose: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. August, 1895.

tętnice na dwóch brzegach szypuły jajnikowej, wreszcie Kreuzmann [36]), który wycinał manszetę otrzewnową z szypuły i nią później pokrywał ranę kikuta, w którym każde naczynie podwiązane zostało z osobna podczas przecinania. Zupełnie podobnie, jak Penrose, postępował w Anglii Howard Kelly [37]).

Obawa przed zesunięciem się podwiązki i krwawieniem naprowadziła wielu operatorów na myśl podwiązywania poszczególnych świateł naczyniowych już po hurtownem związaniu szypuły; tak postępuje n. p. w niektórych przypadkach prof. Jordan.

Inni autorowie zajmują się więcej sprawą pokrycia rany kikutowej z obawy przed zrostami. Thornton, jak wyżej wspomniałem, przyszywał kikut raną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, Baldwin [38]) starał się również doprowadzić do zetknięcia się rany kikutowej z otrzewną przedniej blaszki szerokiego więzu. Inni, jak Elischer [39]) i Schultze [40]), usiłowali „o ile to się da“ pokryć ranę kikuta w zwykły sposób związanego.

Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1895, mówiąc o zapobieganiu wypocinom kikutowym, podałem sposób operacyjny, który się da opisać w kilku słowach: szypułę guza chwyta się jednemi lub dwoma kleszczykami i ponad niemi przecina. Światła naczyń, które naturalnie dzięki uciskowi kleszczyków nie krwawią, zostają zamknięte i podwiązane katgutem, poczem zdejmuje się kleszczyki. Jeśli jeszcze jakieś naczynie, dotąd przeoczone, krwawi — podwiązuje się je. Wreszcie szwem Lemberta łączy się przecięte blaszki otrze-

---

[36]) Kreuzmann: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. Vol. XXXIV, str. 83. Frommel Jahresbericht X, 1896, p. 484.

[37]) Howard Kelly: Przytoczone według Dorana.

[38]) Baldwin: Americ. Journ. of Obstetrics Vol. XXXIV, str. 682. Frommel Jahresbericht V, 1896, str 484.

[39]) Elischer: Verhandl. des Deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886, str. 21.

[40]) Schultze: l. c.

TABLICA I.
Owaryotomie, wykonane bez użycia podwiązek en masse.

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
1	1896 176	Kystoma ovarii dextri liberum. Torsio trunci.	Ovariotomia 6/VI. 1896.	37·6 1-go dnia	24/VI	0	20/VI. „Exsudatu po stronie prawej ani śladu. Sklepienie prawe wolne i niebolesne.
2	192	Kystoma ovarii dextri liberum.	Ovariotomia 27/VI. 1896.	37·2 3-go dnia	13/VII	0	8/VII. Macica w antefleksyi ruchoma, koło macicy nie ma żadnych oporów ani bolesności.
3	206	Cystis dermoidalis ovarii utriusque libera. Torsio trunci cystis sin.	Ovariotomia ambilateralis. 2/VII. 1896.	37·4 2-go dnia	16/VII do szpitala	0	Niema wzmianki.
4	227	Kystoma ovarii dextri liberum. Ascites.	Ovariotomia 13/X. 1896.	38·2 3-go dnia	6/XI	była	1/XI. Stwierdzono małą niebolesną wypocinę.
5	258	Kystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 7/XI. 1896.	37·4 4-go dnia	20/XI	0	20/XI. Obok macicy nie można wybadać żadnych oporów; bolesności również niema.
6	263	Cystis ovarii dextri. Torsio trunci. Degen. cystica ovarii sinistri.	Ovariotomia 19/XI. 1896.	37·7 2-go dnia	10/XII	0	10/XII. Koło macicy niema nigdzie żadnego oporu ani bolesności.
7	1897 58	Cystis dermoidalis partim accreta ovarii sinistri.	Ovariotomia 26/III. 1897.	37·7 2-go dnia	12/IV	0	O wypocinie żadnej wzmianki. Dnia 12/IV zanotowano: „Stan całkiem dobry".
8	85	Kystoma multiloculare ingens ovarii dextri. Torsio trunci et uteri 45°. Cystis ovarii sinistri.	Ovariotomia ambilateralis. 12/V. 1897.	38·0 3-go dnia	27/V	0	Dwa razy stwierdzono zupełny brak wypociny.
9	105	Kystoma ambilaterale liberum.	Ovariotomia ambilateralis 28/V. 1897.	37·6 2-go dnia	11/VI (do klin. chor. wewn.)	0	O wypocinie niema żadnej wzmianki.
10	121	Kystoma ovarii sinistri ingens multiloculare liberum. Torsio trunci 90°.	Ovariotomia 15/VI. 1897.	37·5 2-go dnia	1/VII	0	O wypocinie żadnej wzmianki. 1/VII zanotowano: „Wychodzi do domu w stanie zupełnie dobrym".

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
11	204	Retroversio uteri. Kystoma multiloculare ovarii dextri. Torsio truci 750°.	Ovariotomia 22/XII. 1897.	Przebyła zapalenie płuc z wysoką ciepłotą.	22/I	0	22/I zanotowano: Exsudatu niema.
12	1898 80	Kystoma multiloculare ovarii dextri Torsio trunci 340° in gravida IV. m.	Ovariotomia 17/V. 1898.	38·0 1-go dnia	8/VI	0	21/V poroniła. Dwa razy stwierdzono zupełny brak wypociny.
13	49	Kystoma multiloculare ovarii dextri.	Ovariotomia 1/IV. 1898.	37·9 2-go dnia	16/IV	0	14/IV. Exsudatu zupełnie brak; macica ruchoma.
14	99	Kystoma multiloculare papilliferum partim accretum. Torsio trunci 225°.	Ovariotomia 2/VI. 1898.	37·6 2-go dnia	22/VI	0	Dwa razy stwierdzono zupełny brak wypociny.
15	100	Cystis dermoidalis ovarii sinistri libera.	Ovariotomia 20/VI. 1898.	37·5 3-go dnia	17/VII	0	Zanotowano: Exsudatu brak, tylko lewe sklepienie nieco tkliwsze.
16	116	Kystoma ovarii dextri ingens, partim accretum. Torsio trunci 360°.	Ovariotomia 25/VI. 1898.	38·0 1-go dnia	16/VII	0	Zanotowano brak wypociny.
17	138	Kystoma ovarii sinistri multiloculare.	Ovariotomia 2/XI. 1898.	37·6 2-go dnia	20/XI	0	Zanotowano brak wypociny.
18	159	Kystoma liberum multiloculare ovarii sinistri.	Ovariotomia 22/XI. 1898.	37·7 3-go dnia	7/XII	0	Zanotowano brak wypociny.
19	160	Kystoma multiloculare gelatinosum ovarii sinistri.	Ovariotomia 16/XI. 1898.	–	24/XI exitus	0	Umarła z powodu: Peritonitis (hypostasis pulmonum, atelectasis).
20	1899 9	Cystis parovarialis sinistra. Torsio. Degen. cystica ovarii sinistri.	Ovariotomia et parovariotomia 20/I. 1899.	37·5 2-go dnia	4/II	0	Wyraźnie zanotowany brak wypociny.

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
21	12	Kystoma simplex ovarii sinistri liberum.	Ovariotomia 27/I. 1899.	39·6 2-go dnia Bronchitis diffusa	11/II	0	Wyraźnie zanotowany brak wypociny.
22	23	Kystoma ovarii dextri multiloculare.	Ovariotomia 8/II. 1899.	gorączkowała z innej przyczyny	3/III	0	3/III zanotowano: Exsudatu niema.
23	24	Kystoma ovarii sinistri multiloculare partim accretum. Graviditas IV m.	Ovariotomia 9/II. 1899.	37·5 2-go dnia	22/II	0	22/II zanotowano: Badanie wewnętrzne nie wykazuje exsudatu.
24	75	Kystoma ovarii sin. multiloc.	Ovariotomia 22/IV 1899.	38·2 3-go dnia	9/V	0	9/V zapisano: Sklepienia boczne bez oporów.
25	107	Cystis ovarii sinistri. Torsio trunci ($1^1/_2$).. Torsio uteri anteflecti et sinistropositi.	Ovariotomia 25/V. 1899.	37·8 2-go dnia	14/VI	0	14/VI zapisano: „Macica w antefleksyi prawidłowej wielkości, ruchoma. Sklepienie lewe bez oporu i niebolesne, w sklepieniu prawem jajnik i trąbka nieco powiększone, tkliwe, ruchome".
26	108	Graviditas V m. Partus immaturus in tractu. Cystis ovarii sinistri. Torsio trunci ($2^1/_2$) Peritonitis sero-fibrinosa.	Ovariotomia 18/V. 1899.	37·4 1-go dnia	6/VI	0	3/VI. Sklepienie lewe wklęsłe niebolesne. 6/VI. Sklepienia wszystkie bez zmian.
27	115	Kystoma multiloculare ovarii dextri.	Ovariotomia 3/VI. 1899.	37·7 2-go dnia	18/VI	0	14/VI. Sklepienie zupełnie wolne. 16/VI Sklepienie wolne niebolesne.
28	119	Cystis ovarii sinistri. Torsio trunci. Adhaesiones intestinorum et omenti.	Ovariotomia 7/VI. 1890.	37·5 2-go dnia	25/VI	była	19/VI zapisano: W jamie Donglasa exsudat wielkości jaja gęsiego bolesny. 21/VI Exsudat w tylnem sklepieniu prawie znikł. 25/VI Sklepienia wolne niebolesne.
29	123	Cystis dermoidalis ovarii sinistri cum kystadenomate pseudomucinoso. — Torsio trunci.	Ovariotomia 14/VI. 1999.	37·5 1-go dnia	9/VII	0	27/VI zapisano: „*Przez prawe* i przednie sklepienie czuć exsudat wielkości małej cytryny, miękki bolesny", a w dniu 4/VII „po stronie lewej ani śladu exsudatu ani oporności wybadać nie można, po stronie prawej duży jajnik tkliwy, zresztą sklepienie boczne wolne".

wnej nitka katgutowa i pokrywa w ten sposób otrzewna ranę kikuta. W r. 1895 proponowałem nadto przy owaryotomiach podwiązanie *art. ovarica in continuitate*, sądzę jednak, że w zwykłych przypadkach jest to zbyteczne.

Sposób ten operacyjny odpowiada w zupełności technice amputacyi kończyny. Kleszczyki zastępują tu opaskę Esmarcha, zresztą postępuje się tak samo, jak przy amputacyi kończyny. Operując w ten sposób, nie używa się bez potrzeby okłócia i nie pozostawia rany w jamie brzusznej. Czy ze stanowiska praktycznego odpowie sposób ten oczekiwaniom, czy zmniejszy ilość niepożądanych po zabiegach powikłań, tego w r. 1895 nie wiedziałem. Powoływałem się wówczas na 5 w ten sposób operowanych przypadków, które wystarczały, aby dowieść, że operacya taka jest wykonalna i łatwa; nie były jednak w stanie przekonać nas, że daje lepsze, niż zwykła, wyniki.

Dzisiaj mogę oprzeć moje wywody na znacznie większej ilości przypadków, głównie dzięki temu, że mój były szef, Radca Dworu prof. J o r d a n przyjął w klinice ten sposób operowania i używał go w większości przypadków, w których miał wogóle do czynienia z opatrywaniem szypuły. W ten sposób zebrałem 56 przypadków, z których 48 operowanych było w ostatniem pięcioleciu w klinice ginekologicznej, 8 zaś w szkole położnych w ostatnich dwóch latach. W tym samym czasie opatrywano szypułę w zwykły sposób *(en masse)* 26 razy.

Poniżej podaję to zestawienie z uwzględnieniem dnia operacyi, dnia wyjścia, najwyższej ciepłoty pooperacyjnej i uwag o wypocinie, jakie znalazłem w historyach choroby odpowiednich pacyentek. (Patrz tablica I.).

Z tablicy pierwszej wynika, że bez pomocy podwiązek en masse, wykonano 48 owaryotomij; ponieważ 1 chora zmarła z przyczyny nie będącej w żadnym związku ze szypułą, przeto pozostaje 47 chorych, które przed opuszczeniem kliniki względnie szkoły były dokładnie badane. Z tej cyfry 47 u 3 znaleziono opór, który można uważać za wypocinę kikutową,

44 pacyentek zmian takich nie okazywało. Stanowi to 93·6% wyleczeń bez wypocin kikutowych. (Patrz tabl. II. str. 19).

Z trzech operowanych jedna okazywała wypocinę, co prawda, nie w miejscu kikuta. Wynosi to 66·6% wyleczeń bez wypociny, choć przyznać muszę, że cyfra trzech przypadków jest za mała, żeby módz wyprowadzać z niej wnioski.

Nieznaczna również jest ilość przypadków ciąży zamacicznej, na które mogę się powołać. (Patrz tabl. III. str. 20).

Z tych pięciu przypadków, tylko w jednym przyszło do wypociny, w czterech nie było jej ani śladu. Tak n. p. w przypadku 4-tym po zabiegu ciężkim i usunięciu bardzo dużego, bo do pępka sięgającego krwisteku nie wytworzyła się wcale wypocina. W przypadku 5-tym przyszło rychło po operacyi do prawidłowej ciąży macicznej, zakończonej normalnym porodem. Tak więc 80% w ten sposób operowanych przypadków zakończyło się wyleczeniem bez powikłania wypociną.

Poniżej zestawiam przypadki operowane w tych samych latach z użyciem podwiązek *en masse.* (Patrz tablica IV).

Z tablicy tej wynika, że z 19 w ten sposób operowanych, u których wykonano owaryotomią, 8 chorych przebyło mniejsze lub większe zmiany przy kikucie szypuły, co stanowi 42·2% wszystkich. Tylko u 11 przebieg pooperacyjny nie był zakłócony wypociną kikutową, co stanowi 57·8% wszystkich przypadków.

Przypadków salpingotomii jest niedużo, tak, że trudno wyciągać z tego zestawienia jakiekolwiek wnioski. (Patrz t. V s. 21).

Jak widzimy na tablicy VI, str. 22, z czterech przypadków ciąży zamacicznej, operowanych z użyciem ligatur en masse, w dwóch przypadkach była wypocina kikutowa mała, w dwóch innych większa. Zwłaszcza w przypadku 3-cim przebieg pooperacyjny był poważnie powikłany wcale dużą wypociną.

Zachodzi pytanie, czy z powyższych zestawień mamy prawo wyciągać jakiekolwiek wnioski. Sądzę, że tak, ale z zastrzeżeniami. Ktoś powiedział, że statystyka jest kłam-

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
30	143	Cystis ovarii dextri partim intraligamentosa.	Ovariotomia 4/VII. 1899.	37·5 3-go dnia	20/VII	0	18/VII zanotowano: Exsudatu brak.
31	156	Cystis dermoidalis ovarii sinistri. Dextro-retroversio ut.	Ovariotomia 8/XI. 1899.	38·0 3-go dnia	26/XI	0	19/XI zapisano: „W sklepieniach żadnych oporów ani bolesności wybadać nie można“, a w dniu 24/XI „sklepienia bez oporów niebolesne“.
32	172	Dextro anteflexio uteri aucti. Cystis ovarii dextri incarcerata. Torsio trunci. Degeneratio cystica ovarii sinistri.	Ovariotomia 28/XII. 1899.	37·5 5-go dnia	19/I	była	3/I zapisano: „Sklepienie prawe szerokie, gładkie, oporne, bolesne, opór zlokalizowany około adnexów, wielkości jaja kurzego. Sklepienie lewe wklęsłe, również wysoko lekko oporne. Sklepienie tylne oporne i bolesne“. Zaznaczyć muszę, że podczas operacyi nakłuto torbielki w jajniku lewym.
33	178	Cystis dermoidalis ovarii dextri. Torsio trunci Adhaesiones cum omento et intestino tenue. Retroversio uteri fixata; adnexitis et periadnexitis sinistra chronica.	Ovariotomia 19/XII. 1899.	37·0 3-go dnia	6/I	0	30/XII. „Po stronie prawej żadnej bolesności ani oporów wybadać nie można“.
34	1900 6	Kystoma multiloculare ovarii dextri. Adhaesiones cum omento. Ascites. Anteflexio uteri.	Ovariotomia 20/I. 1900.	37·3 3-go dnia	8/II	0	1/II zapisano: „Przy skombinowanem badaniu żadnych nieprawidłowych oporów wybadać nie można“.
35	16	Cystis dermoidalis ovarii sinistri.	Ovariotomia 25/I. 1900.	37·5 3-go dnia	18/II	0	10/II. „Sklepienie przednie, lewe i tylne są wąskie i zupełnie wolne“.
36	100	Cystis ovarii sinistri.	Ovariotomia 12/V. 1900.	37·1 4-go dnia	28/V	0	24/V zanotowano: „Koło macicy nie można wybadać żadnych oporów“.
37	117	Kystoma multiloculare ovarii sinistri. Torsio trunci. Dextro versio uteri horizontalis, fibromatosis uteri.	Ovariotomia 21/V. 1900.	37·5 4-go dnia	7/VI	0	24/V. „W otoczeniu macicy nigdzie żadnego nacieku ani bolesności wybadać nie można“.

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
38	102	Kystoma multiloculare ovarii dextri c. peritoneo parietali accretum Dextroversio antefl. Salpingitis dextra.	Ovariotomia 26/V. 1900.	37·3 3 go dnia	9/VI	0	8/VI zapisano: „Po stronie lewej wyraźna szypuła bez exsudatu".
39	130	Fibroma ovarii sinistri.	Ovariotomia 2/VI. 1900.	38·2 3-go dnia	19/VI	0	18/VI. „Koło macicy żadnych nieprawidłowych oporów niema".
40	142	Kystoma multiloculare ovarii dextri. Torsio trunci et uteri.	Ovariotomia 10/VI. 1900.	37·4 1-go dnia	20/VI	0	5/VII zanotowano: „Koło macicy żadnych nieprawidłowych oporów wybadać nie można".
41	144	Kystoma multiloculare pseudomucinosum ovarii sinistri	Ovariotomia 20/VI. 1900.	37·7 2-go dnia	7/VII	0	5/VII zanotowano: „Koło macicy żadnych nieprawidłowych oporów wybadać nie można".
42	86	Cystis ovarii sinistri. Antedextroflexio uteri	Ovariotomia 28/II. 1900.	37·7 2-go dnia	11/III	0	10/III zapisano. „Koło macicy żadnych oporów niema".
43	93	Cystis ovarii dextri simpl. Torsio trunci (2½) haemorrhagia in cavum cystis.	Ovariotomia 21/II. 1900	37·0 1-go dnia	9/III	0	7/III „Po stronie prawej niema żadnych oporów".
44	szkoła położnych 58	Kystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia 31/I. 1899.	38·0 3 go dnia	25/II	0	Zaznaczono brak wypociny.
45	„ 419	Kystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 30/X. 1899.	37·5 3-go dnia	17/XI	0	Zaznaczono brak wypociny.
46	„ 135	Cystis parovarii utriusque.	Parovariotomia ambil. 10/XI. 1899.	37·4 2-go dnia	6/XII	0	Zaznaczono brak wypociny.
47	„ 214	Cystis parovarii dextri.	Parovariotomia 22/VI. 1900.	37·2 3-go dnia	12/VII	0	Zaznaczono brak wypociny.
48	„ 223	Cystis ovarii dextri libera.	Ovariotomia 27/VI. 1900.	37·6 2-go dnia	13/VI	0	Zaznaczono brak wypociny.

(Salpingectomie wykonane bez użycia podwiązek en masse).

T A B L I C A II.

L. p.	L. prot. klinicz.	Rozpoznanie	Operacya i jej data	Najwyższa ciepłota i data	Dzień wyjścia	Wypocina	U W A G A
1	30.	Salpingitis ambilat. purulenta	Salpingectomia 21/XI	38·1 2-go dnia	0	0	Operacya przedstawiała trudności techniczne. Było krwawienie i krwiak
2	16.	Anteflexio uteri. Cystis ovarii dextri in cavo Douglasii accreta; haematosalpinx dextra prob. e graviditate extrauterina.	Salpingooophorectomia dextra 3/II	39·2 2 go dnia (Bronchitis acuta)	19/III	była	Wypocinę stwierdzono od tyłu i po lewej stronie
3	21.	Cystis tubo ovarialis ambilateralis	Salpingooophorectomia ambilateralis 19/XI	37·5 2-go dnia	7/XII	0	Wyraźnie wspomniany zupełny brak wypociny.

(Operacye radykalne ciąży zamacicznej, bez użycia podwiązek en masse).

TABLICA III.

L. p.	L. prot. klinicz.	Rozpoznanie	Operacya i jej data	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA.
1.	54.	Graviditas tubaria sin. Sactosalpinx dextra. Perisalpingitis et perimetritis adhaes.	Operatio radicalis gr. extraut. 17/XII 1896.	37·3 5-go dnia	17/II	była	Zauważono wypocinę po obu stronach.
2.	135.	Graviditas tubaria sinistra.	Operatio radicalis 23/VI 1897.	37·4 1-go dnia	10/VII	0	Ani śladu wypociny.
3.	13.	Gravidit. tubaria dextra. Haematosalpinx dextra in cavo Douglasi accreta. Perimetritis chronica.	Salpingooophorectomia dextra. Tamponad. cavi Dougl Mikulicz. 5/II 1898.	37·4 3-go dnia	15/III	0	21/II Sklepienie boczne wolne, natomiast tylne oporniejsze i tkliwe (wówczas leżał jeszcze worek Mikulicza w jamie Douglasa. 15/III Exsudatu niema.
4.	Szkoła położnych 73.	Gravid. tubaria sinistra. Abortus tubarius. Haematokele retrouterina.	Operatio radicalis 16/II 1900.	37·5 4-go dnia	17/III	0	Żadnej wypociny.
5.	391.	Graviditas extrauterina tubaria sinistra. Ruptura tubae recens. Haemorrhagia in abdomen.	Operatio radicalis 24/XI 1898.	37·6 4-go dnia	17/XII	0	13/XII zanotowano: w sklepieniach bocznych ani śladu jakichkolwiek nieprawidłowych oporów nie ma.

TABLICA IV.

Owaryotomie, wykonane z podwiązaniem szypuły en masse.

L p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi.	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	U W A G A
1	51	Cystis dermoidalis ovarii dextri partim accr. cum omento et intestino crasso.	Ovariotomia 11/XII 1896	37·4 5-go dnia	29/XII	była	Założono podwiązki katgutowe en masse i podwiązano światła poszczególnych naczyń jedwabiem. Wytworzył się dość duży exsudat po stronie prawej
2	24	Kystocarcinoma ovarii dextri liberum. Torsio 180°	Ovariotomia 16/II. 1897.	38·8 3-go dnia	12/III	była	Ponieważ po podwiązaniu en masse jeszcze krwawiło, przeto zamykano światła poszczególnych naczyń. W historyi choroby zapisano „po stronie prawej i od przodu miękka tkliwa oporność.
3	26	Kystocarcinoma ovarii dextri partim accretum.	Ovariotomia 18/II. 1897.	38·5 1-go dnia	2/III	0	Na przekroju związanej en masse szypuły podwiązywano poszczególne naczynia.
4	66	Kystoma ovarii dextri accretum. Torsio 1/4 trunci, Ascites.	Ovariotomia 10/IV. 1897.	37·5 2 go dnia	9/V	była	Mimo związania en masse podwiązywano osobno na przekroju naczynia 28/IV zanotowano: „Opór po stronie prawej i obniżenie sklepienia
5	145	Cystis parovarii dextri accreta. Sactosalpinx haemorrhagica.	Parovariotomia 3/VII. 1897.	38·3 6-go dnia	23/VII do szpitala	była	18/VII zapisano: „Po stronie prawej opór rozlany, rozciągający się od macicy do talerza biodrowego, tkliwy, płaski, sięgający ku górze na 2 palce niżej spina anterior“ a dnia 23/VII Exsudat po stronie prawej znacznie mniejszy i mniej bolesny
6	174	Kystoma multiloculare accretum ov. dextri Atrophia senilis uteri.	Ovariotomia 11/XI. 1897.	37 6 3-go dnia	1/XII	0	Koło macicy exsudatu brak.
7	107	Cystis ovarii sinistri libera. Retroflexio uteri.	Ovariotomia 15/VI. 1898.	37·5 3-go dnia	30/VI	0	30/VI »Exsudatu brak“.
8	108	Kystoma ovarii dextri partim intraligentosum, Kystoma ovarii sinistri partim accretum.	Ovariotomia ambilateralis 25/VI 1898.	37·5 3-go dnia	14/VII	była	Po stronie prawej podwiązano en masse lig. infundibulopelvicum, potem wyłuszczono Warunki operacyjne były po tej stronie trudniejsze. Zakładano szwy piętrowe w parametrium. Tu powstała wypocina. Po lewej stronie nie używano podwiązek en masse i tam nie było wypociny.
9	2	Osteomalacia.	Castratio 4/I. 1896.	37·4 5-go dnia	24/I	0	Po jednej stronie wiązano „en masse“ po drugiej tylko naczynia na przekroju.
10	34	Kystoma unilocul. ovarii sinistri. Torsio trunci 540°.	Ovariotomia 23/II. 1898.	38·9 4-go dnia	12/III	0	12/III Zanotowano: „sklepienia wolne“
11	38	Sarcoma parvicellulare ovarii sinistri cum torsione trunci et haemorrhagia. Degen. cystica ovarii dextri.	Ovariotomia ambilateralis 27/II. 1898.	38·0 1-go dnia	12/III	0	Po podwiązaniu jedwabiem en masse pokryto przekrój kikuta otrzewną z pomocą szwu katgutowego. 12/III zapisano: „sklepienia wolne“.

L. p.	L. prot. klin.	Rozpoznanie	Operacya i data operacyi	Najwyższa ciepłota i data tejże	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
12	46	Kystoma ovarii dextri et cystis ovarii sinistri c. torsione trunci. Ascites.	Ovariotomia ambilateralis 7/III. 1898.	38·7 2-go dnia (Kaszel).	2/III	0	Podwiązywano en masse jedwabiem i pokryto przekrój kikuta otrzewną. 22/III zapisano: „wysięku wsklepieniach nie ma".
13	57	Kystoma multiloculare ovarii sinistri partim accretum.	Ovariotomia 21/III. 1898.	37·0 2-go dnia	11/IV	0	Podwiązywano en masse jedwabiem i usiłowano pokryć przekrój szypuły otrzewną. Jedna ligatura spadła.
14	111	Cystis ovarii dextri. Torsio trunci. Adhaesiones multiplices intestinorum, omenti et proc. vermiformis in pariete porteriore cystidis. Inversio vaginae.	Ovariotomia Resectio proc. vermif. Ventro fixatio. Kolporrhaphia. 24/V 1898.	36·9 2-go dnia	17/VI	była	Podwiązywano en masse jedwabiem i pokryto przekrój szypuły otrzewną. 8/VI: „Około szypuły zgrubienie i bolesność. 12/VI Bolesność.
15	150	Cystis ovarii sinistri. Torsio trunci 180°. Peritonitis adhaesiva, Dextro-retroversio uteri. Metritis universalis. Elongatio et hypertrophia cervicis descensus vag. utriusque.	Ovariotomia 7/XI. 1898.	37·8 1-go dnia	24/XI	0	17/XI zapisano. „Sklepienie lewe szerokie, płaskie, lekko oporne, niebolesne. Ruchomość macicy utrzymana wysięku brak.
16	9	Kystoma multilocul. pseudomucinosum ov. dextri. Adhaesiones omenti et intestini tenuis. Torsio trunci (3). Ascites. Dextro-anteflexio uteri, Prolapsus vaginae anterioris	Ovariotomia 13/I. 1898.	37·4 2-go dnia	6/II	0	1/II zapisano: „Sklepienia wszystkie wolne, nieoporne, również badaniem skombinowanem żadnych nieprawidłowych oporów wybadać nie można.
17	115	Cystis dermoidalis ovarii sinistri·	Ovariotomia 26/V. 1899.	37·4 2-go dnia	5/VI	0	Po stronie lewej żadnych nieprawidłowych oporów wybadać nie można.
18	69	Kystoma multiloculare pseudomucinosum ovarii sinistri (partim intraligamentosum).	Ovariotomia 24/III. 1900.	37·8 4-go dnia	20/IV	była	17/IV zapisano: „Sklepienie prawe, tylne i przednie wolne, natomiast w tylnym odcinku sklepienia lewego tuż obok macicy opór wielkości śliwki, tkliwy". Po podwiązaniu en masse pokryto przekrój szypuły otrzewną.
19	65	Cystis ovarii sinistri simplex. Retropositio uteri anteflecti. Desc. ovarii dextri cystomatosi.	Ovariotomia sinistra oophoropexia dextra 21/III. 1900.	37·8 2-go dnia	23/IV	była (?)	9/IV „po stronie lewej żadnych oporów wybadać nie można. 20/IV Exsudat w jamie Douglasa bardzo nieznaczny przedstawiający się pod formą zrostów, przeciągających macicę ku tyłowi. W sklepieniach exsudatu nie ma. 23/IV. W zatoce Douglasa; *około szypuły guza* resztka exsudatu pod formą zrostów. Zakładano dopiero z powodu krwiaka ligatury en masse na dolny odcinek szypuły.

(Salpingektomie z podwiązaniem szypuły en masse).

TABLICA V.

L. p.	L. prot. klinicz.	Rozpoznanie	Operacya i jej data	Najwyższa ciepłota i data	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
1.	217.	Salpingitis et perisalpingooophoritis sin.	Salpingectomia 11/7 1896	37·5 1-go dnia	21/7	była	5/I 1897. Znaleziono tumor wielkości pięści po stronie lewej.
2.	46.	Sinistro-retroflexio uteri fix. Haematoma ovarii utriusque. Perimetritis adhaesiva chron.	Salpingooophorectomia dextra. Oophorect. sin. Ventrof. ut. m. Czerny 22/III 1898	38·2 3-go dnia	16/IV	0	3/IV. Sklepienie prawe oporne i tkliwe, ale exsudatu nie ma.
3.	27.	Graviditas III m. Fibroma tubae dextrae. Haematoma ovarii in exsudato	Salpingovariectomia dextra 17/II 1900	37·5 2-go dnia	15/III	była	4/III Zapisano: »Po stronie prawej wzdłuż więzu zgrubienia w miejscu ligatur a tuż obok talerza biodrowego guzek wielkości orzecha niebolesny«. Podwiązywano jedwabiem en masse, mimo to było krwawienie, z powodu którego użyć musiano okłucia.

(Operacye radykalne ciąży zamacicznej z podwiązaniem szypuły en masse).

TABLICA VI.

L. p.	L. prot. klinicz.	Rozpoznanie	Operacya i jej data	Najwyższa ciepłota i data	Dzień wyjścia	Wypocina	UWAGA
1.	50.	Graviditas tubaria sinistra. Haematokele anteuterina.	Operatio radicalis 18/III 1897	38·4 1-go dnia	10/IV	była (mała)	4/IV Prof. Jordan stwierdził małą oporność po stronie lewej.
2.	67.	Grav. extraut. tubaria dextra rupta. Haematokele anteuterina et haemorrhagia intraperitonealis	Operatio radicalis 12/IV 1897	37·8 3-go dnia	30/IV	była	Wychodzi do domu z exsudatem małym po stronie prawej. Oprócz podwiązek en masse, użyto podwiązania poszczególnych naczyń.
3.	47.	Graviditas tubaria sinistra rupta.	Operatio radicalis 17/XII 1898	podwyższenie ciepłoty z innej przyczyny.	24/I	była	Dość dużą wypocinę obserwowano od 27/XII do 24/I. Wychodzi do domu z exsudatem.
4.	86.	Graviditas extraut. tubaria sinistra. Abortus tubarius, haematokele.	Operatio radicalis 8/II 1899	gorączkowała już przed operacyą z innej przyczyny.	17/III	była (mała)	7/III Przy badaniu wewnętrznem wyczuwa się wysoko w sklepieniu miernie bolesny opór wielkości orzecha laskowego.

stwem, opartem na cyfrach. Sąd to surowy i tylko częściowo usprawiedliwiony. Specyalnie w statystykach lekarskich, dotyczących wyleczeń błąd tkwić może w tem, że porównywane w wynikach swoich przypadki chorobowe, nie są w istocie swojej takie same, albo przynajmniej nie tak samo ciężkie. Pomyłka wynikająca ź tego błędu zrównoważyć się da albo bardzo szczegółowem oświetleniem dat statystycznych, z uwzględnieniem indywidualnych różnic poszczególnych przypadków, albo bardzo wielkiemi liczbami. Druga pomyłka tkwić może w niedokładnem spostrzeganiu przypadków, użytych do zestawienia. W statystyce powyżej przytoczonej wykluczony jest ten drugi błąd. Przypadki tu zestawione, przeważnie kliniczne, spostrzegane były niezmiernie dokładnie i sumiennie, a doskonale spisywane historye chorób nie pozostawiają żadnych wątpliwości. Trudniej ochronić się od pierwszego zarzutu. Liczby rzeczywiście nie są duże, nie idą w tysiące, a każdy przypadek z osobna jest inny, już choćby ze względu na wiek pacyentek, ich stopień schorzenia, siłę odporności, wielkość guza, długość i jakość szypuły i t. d. Co więcej, nie waham się stwierdzić, że o wyborze tej lub innej metody rozstrzygał najczęściej wzgląd na ciężkość przypadku i trudności techniczne i że podwiązki *en masse* stósowane były właśnie w tych cięższych, trudniejszych zabiegach.

Więc pytanie, czy przyczyna gorszych wyników, otrzymanych przy użyciu tego sposobu, nie leży poza metodą, czy ona nie ma źródła właśnie w technicznych trudnościach i ciężkości zabiegu? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa; sądzę jednak, że oparłszy się na innem zestawieniu, możemy stwierdzić, że tak nie jest. Mówiąc w roku 1895 o wypocinach szypułowych, oparłem swoje wywody na zestawieniu 51 przypadków. Ustęp ten przytaczam dosłownie: „Zestawiłem mianowicie 51 laparotomij, t. j. owaryotomij, salpingektomij, myomektomij, operacyj ciąży zamacicznej i t. d., jednem słowem operacyj, w których dane były warunki do wytworzenia się tego rodzaju wypocin ze zrostami, i przejrzałem odnośne historye chorób, w których, ponieważ

pochodzą z czasów, kiedy nie zwracaliśmy na to szczególnej uwagi, nie wszędzie poczynione są tu należące uwagi. I tak z tych 51 przypadków nie znalazłem żadnych zapisek w 16 przypadkach. Nie chcąc być posądzonym o stronniczość w sądzie, przydzielam je odrazu do tych 12, w których w dniu wyjścia wyraźnie wykazano i zanotowano brak wypociny. Pozostaje 23 przypadków, w których stwierdzono taką wypocinę. Stanowi to bądź co bądź poważną liczbę 45%". Więc w czasach, kiedy używalimy tylko podwiązek *en masse*, było 45% wypocin.

Obecnie zestawiam razem wszystkie w powyższych sześciu tablicach przytoczone przypadki. Jest ich 82, z tych u 19 wykazać się dała wypocina, co stanowi 23%. Mamy więc prawo powiedzieć, że odkąd używa się oprócz podwiązek *en masse* innego sposobu operowania, ilość wypocin spadła z 45% na 23%. W tem zestawieniu unikamy przynajmniej błędu, tkwiącego w rozdzieleniu całego materyału na lżejsze i cięższe przypadki.

Jeżeli teraz porównamy liczbę wypocin w przypadkach operowanych z podwiązkami *en masse* i bez nich, to zobaczymy, że z 26 przypadków operowanych z pomocą hurtownych podwiązek w 14 przyszło do wytworzenia się większej lub mniejszej wypociny kikutowej. Jest to przeszło 50%. Natomiast z 56 przypadków operowanych bez tych podwiązek, w sposób wyżej opisany, tylko u 5 zanotowano wypocinę, co stanowi niespełna 9%. Ogromna ta różnica nie może być przypadkową. Widzieliśmy, że tylko w małym stopniu można szukać przyczyny tej różnicy w ciężkości zabiegu, głównie odgrywa tu rolę sama metoda. Zapewne, że pożądana byłaby statystyka znacznie większa i wierzę, że potwierdzi ona kiedyś to, co dziś mówią niewielkie moje liczby.

Zarzucić ktoś może, że nie warto oskarżać metody starej i wypróbowanej li tylko na podstawie wypocin kikutowych, których dopiero szukać trzeba i które najczęściej niczem się nie zdradzają. Ten zarzut byłby niesłusznym i nieusprawiedliwionem byłoby lekceważenie tych wypocin. Jak

z przytoczonych w zestawieniu liczb najwyższej ciepłoty pooperacyjnej wynika, wypociny te są tylko wyjątkowo objawem zapalenia, a najczęściej widomym znakiem krwawienia lub zrostów. I jedno i drugie nie może być uważanem za drobnostkę, zwłaszcza zrosty, które nawet i po latach wywołać mogą ciężkie schorzenie.

Czy sposób, którym proponuję zastąpić klasyczne podwiązywanie *en masse* nie ma innych wad, w pierwszym rzędzie czy nie wymaga zbyt długiego czasu? Zapewne, że kto po wytoczeniu guza podwiązuje jedną lub dwiema podwiązkami szypułę i nie troszcząc się więcej o nią zamyka jamę brzuszną, operuje krócej, niż ten, który na przekroju wszystkie naczynia wiąże i jeszcze nadto ranną powierzchnię pokrywa otrzewną. Ale przedewszystkiem nie o rekord tu chodzi, tylko o sumienne wyleczenie, a powtóre dziś już niewielu chyba operatorów wybiera ten najkrótszy, więcej odważny, niż rozważny sposób opatrywania szypuły. Większość nawet tych operatorów, którzy wiążą *en masse*, zamyka oprócz tego światła poszczególnych przeciętych naczyń, niektórzy zaś po związaniu szypuły starają się przekrój jej pokryć otrzewną, („o ile się to da"). Dla tych operatorów sposób proponowany jest skróceniem operacyi, nie przedłużeniem, bo odpada niepotrzebne zakładanie hurtownych podwiązek.

Nie bez znaczenia wreszcie jest prędkie usunięcie guza z jamy brzusznej, zwłaszcza, jeśli w nim jest ropa, która przy dłużej nieco trwających manipulacyach łatwo dostać się może do jamy brzusznej. Również w przypadkach świeżego, jeszcze krwawiącego pęknięcia ciąży zamacicznej, założenie kleszczyków na szypułę natychmiast tamuje krwawienie.

Panu Radcy Dworu prof. Jordanowi dziękuję na tem miejscu serdecznie za pozwolenie korzystania z ksiąg klinicznych.